

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, TLIF, doelmatigheid, second
opinion
Zaaknummer : 2011.00700
Zittingsdatum : 8 februari 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op Transforaminal Lumbal Interbody Fusion (TLIF) op niveau L4-L5, uitgevoerd te Eeklo (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 oktober 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011138450) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor de bij haar uitgevoerde ingreep in België. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 14 februari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft verzoekster doorverwezen naar een arts in België, die meende dat de ingreep was geïndiceerd. Verzoekster is van oordeel dat het zeer onzorgvuldig is dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft opgenomen met de Belgische arts teneinde na te gaan waarom hij een andere mening is toegedaan dan de behandelend arts in Nederland, die verzoekster in eerste instantie heeft bezocht.
- 4.2. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de ingreep niet doelmatig zou zijn omdat verzoekster eerst 25 kilo moet afvallen en moet stoppen met roken, is niet gebaseerd op een richtlijn. Deze voorwaarden kunnen ook niet in redelijkheid worden gesteld, nu verzoekster te maken had met ernstige pijnklachten. Het overtollige gewicht is bovendien deels veroorzaakt door medicijngebruik in verband met een depressie.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat roken en overgewicht geen contra-indicaties vormen voor een TLIF. Bovendien is verzoekster twaalf kilo afgevallen en is zij voorafgaand aan de ingreep gestopt met roken. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat geen sprake is van een geldige verwijzing, geldt dat het verzoekster niet kan worden tegengeworpen als de tekst van de verwijzing niet geheel in lijn is met de hieraan gestelde eisen. Verder voert verzoekster aan dat door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende is onderzocht of de ingreep noodzakelijk en doelmatig is. Er is geen informatie opgevraagd bij de behandelend arts. Tot slot merkt

verzoekster op dat zij naar de arts in België is gegaan voor een second opinion. Omdat de wachttijd in Nederland te lang was, is verzoekster direct behandeld.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de behandelend arts in Nederland verzoekster heeft geadviseerd eerst 25 kilo af te vallen. Nadat verzoekster gewicht verloren zou hebben, was een operatie wellicht niet noodzakelijk. Verzoekster heeft de vervolgspraak bij de arts in Nederland niet afgewacht, en heeft haar huisarts verzocht om een verwijzing naar de arts in België. Uit de stukken blijkt niet waarom deze arts de ingreep wel geïndiceerd achtte.

5.2. De oorzaak van de gewichtstoename bij verzoekster, is in dit kader niet relevant. Bij een operatie dienen de overige omstandigheden zo gunstig mogelijk te zijn. Indien gewichtsafname niet zou hebben geleid tot een vermindering van de klachten, was een operatie wellicht geïndiceerd. Wel had verzoekster in dat geval dienen te stoppen met roken. Gebleken is namelijk dat deze ingreep minder effectief is bij rokers.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eigen medisch adviseur een beoordeling heeft uitgevoerd, en tot de conclusie is gekomen dat verzoekster geen indicatie had voor de ingreep. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion, maar in dat geval moet met de uitslag worden teruggegaan naar de behandelend arts.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- second opinion. (...)”

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziekte-kostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.6. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 22 van Vo 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep heeft verzocht om toestemming, en deze toestemming nog vóór de ingreep door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd, dient aan de hand van de artikelen 49 en 50 van het Werkingsverdrag en artikel 22 van Vo 1408/71 te worden beoordeeld of hij verzoekster al dan niet terecht zijn toestemming heeft onthouden. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor de ingreep. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Vast staat dat de behandelend arts in Nederland (vooralsnog) geen operatieindicatie aanwezig achtte. Omdat sprake was van contra-indicaties werd verzoekster aangeraaden eerst 25 kilo af te vallen en te stoppen met roken. De vervolgspraak was reeds ingepland. Verzoekster heeft zich hierop gewend tot haar huisarts, die haar heeft verwezen naar de arts in België. Het dossier bevat geen informatie van deze arts,

waaruit blijkt waarom hij wel een indicatie aanwezig achtte. Gelet op de mening van de Nederlandse arts had het op de weg van verzoekster gelegen deze informatie aan te leveren. De commissie is daarom van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat de opinie van de Nederlandse arts onjuist was, zodat moet worden aangenomen dat verzoekster geen indicatie had voor de ingreep.

- 9.3. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion. Een vereiste daarvoor is dat met de uitkomst van de second opinion wordt teruggegaan naar de behandelend arts, tenzij dit niet kan worden geleverd. Aan dit vereiste is door verzoekster niet voldaan. Zij heeft zich direct laten opereren door de arts in België, zonder de uitkomst van de second opinion te bespreken met de arts in Nederland, en zonder dat de behandeling door deze aan de Belgische arts was overgedragen. Niet aannemelijk is geworden dat dit niet van verzoekster kon worden geleverd. Onder deze omstandigheden kan niet worden gesproken van een second opinion, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 februari 2012,

Voorzitter